OREILLONS

Dr Bouchaib

I.INTRODUCTION

Les oreillons sont dus au virus ourlien (paramyxovirus).
C'est une maladie le plus souvent bénigne, mais très contagieuse.
Elle évolue par petites épidémies surtout de collectivités (« maladie de l'école et du régiment »), de diagnostic très facile en règle, et exceptionnellement compliquée ou grave.

II. EPIDEMIOLOGIE :

Répartition géographique : Maladie cosmopolite.
Réservoir naturel : strictement humain
Mode de transmission : direct par voie aérienne ou par contact direct avec la salive.
Cette infection est très contagieuse avec un pic de fréquence entre janvier et mai.

III. PHYSIOPATHOLOGIE :

Le virus des oreillons pénètre par voie nasale ou buccale. Il atteint les parotides provoquant un œdème interstitiel diffus.
Les autres glandes (testicules, pancréas, ovaires, ...) et le SNC sont atteints par virémie.

IV. CLINIQUE :

1. TDD : PAROTIDITE OURLIENNE

Comme toutes les maladies infectieuses, les oreillons évoluent en plusieurs stades :
. La phase d'incubation : est la plus longue de toutes les maladies transmissibles : 21 jours
. La phase d'invasion : est brève (48 heures) marquée par asthénie, fébricule, vagues douleurs pharyngées ou mastoïdiennes, réveillées à la palpation osseusede la mastoïde, de l'angle mandibulaire ou de l'articulation temporo-maxillaire (points de Rilletet **Barthez**).
L'orifice du canal de Stenon peut être inflammatoire à l'examen endobuccal.

. La phase d'etat : est faite de la parotidite.
Elle s'exprime par une tuméfaction, rapidement bilatérale et grossièrement symétrique, de l'espace rétro-mandibulaire, comblant le sillon parotidien, et soulevant le lobe de l'oreille. Elle s'accompagne souvent d'un oedème facial inférieur et cervical, donnant le classique aspect « piriforme » (en forme de poire) à la face, d'autant que les glandes sous-maxillaire et sub-linguales sont aussi augmentées de volume.

Le volume parotidien est majoré par la présence constante d'adénopathies cervicales et surtout prétragiennes.
La tuméfaction parotidienne est sensible, élastique, accompagnée d'une légère rougeur cutanée, quelquefois d'un trismus. Elle ne s'accompagne jamais de paralysie faciale.

L'examen endo buccal retrouve une tuméfaction/rougeur de l'orifice du canal de Sténon (signe de Catrin) avec écoulement salivaire (à prélever).
L'état général est altéré : céphalées, inconfort, fièvre à 38°/38°5 (pendant 4 à 5 jours tout au plus). Le reste de l'examen est normal sauf complications.

L'évolution :
est en règle très simple en 8 à 10 jours par rétrocession progressive de tous symptômes locaux et généraux sans laisser de séquelles.
Le diagnostic de la parotidite ourlienne est clinique, surtout à cause de sa bilatéralité.
Biologiquement,
l'amylasémie est élevée (> 100 UI/l) ; l'hémogramme montre une leuconeutropénie sans anémie ni thrombopénie ; le virus ourlien peut être retrouvé dans la salive prélevée à l'orifice du canal de Sténon ;
le sérodiagnostic se positive en deux semaines dans le sang (dosage des anticorps inhibant l'hémagglutination ou IHA ; ou des anticorps fixant le complément ou F.C)

2. FORMES CLINIQUES

Il s'agit essentiellement d'autres localisations du virus, qui peuvent être associées à la parotidite, ce qui facilite leur diagnostic, mais qui peuvent aussi être isolées ou apparaître avant la parotidite de quelques jours, posant alors des difficultés d'identification étiologique (voir diagnostic différentiel).

2-1 La parotidite ourlienne est en règle isolée ; elle peut cependant s'associer à d'autres localisations salivaires du virus ourlien (sous-maxillaire et sub-linguale)

2-2 Pancréatite ourlienne

Apparaît rare par rapport à la parotidite, même si des douleurs abdominales peuvent accompagner fréquemment celle-ci. Elle peut être isolée ou asso ciée à la parotidite, en lui succédant de 4 à 6 jours.

Constituée, elle se marque de violentes douleurs épigastriques et solaires avec contracture d'origine péritonéale, vomissements et quelquefois état de choc douloureux

. L'amylasémie est élevée, comme la glycosurie ; quelquefois existe une stéatorrhée pendant quelques jours.

Malgré son caractère pénible, elle guérit toujours sans séquelles car elle est seulement oedémateuse, ni hémorragique ni nécrosante ; le diabète post ourlien est historique

2-3 Orchite ourlienne.

Elle est exceptionnelle avant la puberté. Elle se marque d'une augmentation très volumineuse de volume d'un ou des deux testicules, très douloureuse avec irradiation abdomino lombaire.

La tuméfaction intéresse la glande elle-même, mais provoque une discrète réaction inflammatoire de la vaginale (transillumination), du scrotum lui-même, et du cordon (douleurs jusqu'à l'orifice inguinal). L'orchite est fébrile, qu'elle évolue de façon isolée ou associée à la parotidite ; quand elle lui succède,

la fièvre réapparaît quelques jours. Son habituelle unilatéralité, et le caractère exceptionnel de l'atrophie glandulaire qui pourrait lui succéder, rendent absolument anecdotique la stérilité par azoospermie séquellaire.

En cas d'atteinte isolée, l'amylasémie reste normale mais les modifications de l'hémogramme et du sérodiagnostic sont les mêmes qu'en cas de parotidite.

2-4 Méningite ourlienne.

Elle peut être associée à la parotidite ou à d'autres localisations glandulaires ; elle peut elle aussi être isolée. C'est une méningite à liquide clair qui se marque par la symptomatologie méningée classique (céphalées, raideur, vomissements ...), fébrile, avec confirmation par analyse du LCR.

Celui-ci est quelquefois très hypercellulaire (500 à 700 éléments/ml) et initialement à majorité de polynucléaires, avant de devenir lympho-monocytaire, mais à protéinorachie toujours basse.

La méningite peut être associée à des signes neurologiques déficitaires transitoires (parésie oculomotrice, atteinte médullaire ou radiculaire) ou à des troubles du comportement.

2-5 Encéphalite ourlienne

L'encéphalite des oreillons est rare (<0,05 ‰).

Marquée de troubles de la vigilance, de crises convulsives, de déficits divers des fonctions motrices ou sensorielles, elle est quelquefois prolongée plusieurs semaines mais guérit en général sans séquelles.

L'atteinte du nerf auditif est spécifique. C'est une atteinte nucléaire, bilatérale du seul contingent auditif du VIII se marquant par une surdité quelquefois transitoire, mais le plus souvent définitive.

L'atteinte de la vision est possible aussi.

Myélite aiguë, polyradiculonévrite ou névrites sont possibles sans méningite.

2-6 Atteintes glandulaires exceptionnelles : ovarite, mammite, thyroïdite fébriles.

2-7 Autres atteintes (controversées)

-l'atteinte articulaire ou rhumatisme ourlien, dans le cadre des « arthrites réactionnelles » ;

-la possibilité de la transmission materno-foetale du virus et le risque d'embryo-foetopathie.

V. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic ne se discute en fait qu'en cas d'atteinte isolée d'une des cibles du virus ; sa multi-localisation d'emblée ou successive est la meilleure preuve du diagnostic.

1 – Parotidite isolée : sa bilatéralité éloigne en général les hypothèses d'adénopathie intraparotidienne, de tumeur de la parotide, de lithiase parotidienne surinfectée qui pourraient être explorées par tomodensitométrie ou sialographie iodée.

son caractère aigu et transitoire écarte les hypothèses de parotidose du B.B.S ou d'autres maladies chroniques (Mikulicz-Heerfordt), de même que les atteintes toxiques (plomb, mercure, AINS).
seules ne persistent à discuter que les parotidites infectieuses virales transitoires qui ne s'inscrivent pas dans un contexte épidémique (coxsackie, chorioméningite lymphocytaire).

2. Pancréatite isolée

Elle se présente comme une urgence abdominale ; son caractère fébrile fait davantage discuter cholécystite, appendicite ectopique, péritonite ou même pyélonéphrite que pancréatite aigüe hémorragique ou évoluant dans le cadre d'une lithiase biliaire surinfectée.
L'exploration en imagerie et l'hyperamylasémie ciblent rapidement la discussion sur le pancréas, et le tableau biologique sur une origine virale. Dans ce cadre, la recherche ourlienne doit être systématique.

3. L'orchite isolée

Elle fait discuter chez l'adolescent : torsion du testicule ou de ses annexes, et orchi épididymites bactériennes (staphylococciques – gonococciques – MST) en règle très fébriles et accompagnées de signes infectieux bactériens.

4.La méningite isolée

Elle fait discuter les autres méningites aiguës à liquide clair, mais surtout, si isolée et à LCR puriforme, une authentique méningite bactérienne

VI DIAGNOSTIC POSITIF

Il repose sur la clinique, la notion de contage, en l'absence de vaccination.
Biologiquement, il est argumenté par l'hyperamylasémie quand existent atteinte salivaire ou pancréatite, et par la leuconeutropénie à l'hémogramme.
Le sérodiagnostic IHA ou FC est significatif quand deux dosages à 15 jours d'intervalle montrent une différence supérieure ou égale à 2 dilutions. Le recours à cette preuve est réservé aux formes atypiques ; dans la règle le diagnostic reste clinique.

VII TRAITEMENT

1 – Curatif

Il n'est que symptomatique : repos, antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens si les douleurs parotidiennes ou pancréatiques sont trop importante
L'orchite (adolescent-adulte) bénéficie de l'immobilisation, d'anti inflammatoires et d'antalgiques, comme la méningite.

2 – Préventif

Isolement des malades, notamment de l'école, jusqu'à guérison clinique.
La contagiosité s'étale d'une semaine avant le début clinique à une semaine après

. Vaccination : le vaccin est « vivant atténué », il est intégré au vaccin triple rougeole-oreillons-rubéole.
Les recommandations actuelles sont :
- 1 injection à 11 mois
- deuxième injection à 18 mois.

Le but de la vaccination est de minimiser l'incidence des complications neurosensorielles et neurologiques.
Le vaccin confère une immunité solide (95 %), et n'a que les contre-indications liée à une immunodéficience (virus vivant atténué) et à la gro ssesse.
Il est parfaitement supporté, quelquefois suivi d'une discrète intumescence parotidienne transitoire.